entre otros factores, que la recolección y el transporte de los desechos sólidos sean adecuados y que su uso y destino final sean racionales. Al menos en múltiples lugares podría emplearse el sistema de relleno sanitario y exigirse a las empresas responsables el adecuado manejo de los desechos sólidos industriales.

Insuficiencias y limitaciones

La escasa información disponible muestra que la contaminación ambiental no afecta por igual a toda la población. Sus efectos se concentran en las poblaciones marginadas ubicadas al lado del foco contaminante y cuyas condiciones de salud están muy por abajo de la media nacional. La contaminación ambiental es uno de los altos precios que se pagan por la industrialización y la adopción de medidas anticontaminantes, necesarias para evitar un mayor deterioro de la población, se efectúa solamente cuando no disminuyen las ganancias de las empresas.

En México, la SSA es la responsable de establecer la reglamentación al respecto en toda la nación, pero las autoridades estatales y municipales son las encargadas de aplicar estas normas y establecer los mecanismos pertinentes. En este sentido, se han fijado plazos para que las empresas instalen equipos anticontaminantes. Sin embargo, los plazos se han vencido, las empresas no han instalado equipos anticontaminantes y la salud de la población afectada cada día es peor.

4. LA RESPUESTA SOCIAL AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN MEXICO

EVOLUCION HISTORICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

Como se describió en el capítulo 2, las formas de organización de los servicios de salud en los distintos países dependen de las particularidades de sus procesos histórico-sociales. Desde que existen diferencias, los grupos que conforman la sociedad han recibido de manera distinta los beneficios de los servicios de salud.

De la época prehispánica a la Colonia

En el período precolonial se desarrolló un cuerpo de conocimientos terapéuticos empíricos, sustentado sobre todo en la botánica médica; otros recursos eran las sangrías, los masajes, el baño termal, las dietas y algunas formas de cirugía; se tenía un conocimiento diferencial de varias enfermedades (A. López Austin, 1975). Estas prácticas se realizaban según una concepción mágico-religiosa (I. Chávez, 1947) y de acuerdo con las castas de una sociedad esclavista. Con base en códices y crónicas se conoce que antes de la conquista los pobladores sufrieron enfermedades y hambrunas (E. Florescano y E. Malvido, 1982).

La conquista produjo en México profundos cambios en materia de salud. Se introdujeron agentes infecciosos desconocidos y por lo tanto nueva patología, en una población epidemiológicamente virgen a tales agentes (J. Kumate *et al.*, 1977, p. 157). El libro del Chilam Balam (B. y S. Stein, 1975) ilustra esta situación: "No había entonces enfermedad; no había dolores de huesos; no había fiebre para ellos; no había viruelas; no había ardor de pecho; no había dolor de vientre; no había consunción. . ."

La práctica médica precolonial se fusionó con los avances de la medicina europea. Las graves epidemias de viruela en 1521 y 1539 y las de 1545 y 1576 diezmaron considerablemente a la población indígena y favorecieron el dominio hispánico. Cook y Borah han propuesto las siguientes cifras como estimaciones de la población del México central: en 1519 existían 25.3 millones de habitantes; en 1523, 16.8 millones; 6.3 millones en 1548; 2.6 en 1568; 1.9 en 1580 y un millón de habitantes en 1605 (N. Sánchez-Albornoz, 1973, p. 62). A partir de 1630, principia un lento incremento de la población indígena, con frecuencia contenida o mermada por la irrupción de epidemias y hambrunas que afectaron sobre todo a los pobladores más desprotegidos del campo y las ciudades (E. Florescano y E. Malvido, *ibid.*, p. 13).

La atención a la salud de los nuevos pobladores españoles y de los mestizos se hizo

en los hospitales que fueron creados para tal efecto, como el hospital de Jesús Nazareno en 1524, el de San Hipólito en 1566 y el Hospital de San Lázaro en 1572 y su propagación a otros lugares de la Nueva España. Se crearon también nosocomios para la atención de la población nativa. Cabe destacar la función de estos centros asistenciales, no únicamente como instituciones de beneficiencia y de práctica médica, sino como instrumentos para la conversión de los indígenas a la fe cristiana y para congregar en localidades a la población dispersa, lo cual facilitó a los conquistadores la disponibilidad de mano de obra y la recolección de tributos (C. Venegas Ramírez, 1973). En 1579, se abrió la primera cátedra de medicina en la Universidad y en 1628 se estableció el Real Tribunal de Protomedicato, encargado de velar por la enseñanza de la medicina y por el ejercicio legal de la profesión.

Durante los siglos XVII y XVIII se sucedieron epidemias y hambrunas por inclemencias del clima, por efecto de plagas y de inundaciones (E. Malvido, 1973 y 1975 y Cooper, 1980) como las causadas periódicamente por la destrucción de un dique al norte de la ciudad durante la conquista de Tenochtitlan y que fue reconstruido hasta después de la guerra de Independencia. La expedición de Francisco Javier Balmis, introdujo la vacuna en la Nueva España en 1804 y desde entonces se generalizó su empleo.

En la época independiente desaparece la mayoría de los centros hospitalarios, pero ya desde fines del siglo XVIII, buena parte de éstos se encontraban en decadencia. Este proceso obedeció a las disposiciones que suprimían los medios de sustento de los hospitales: la real cédula de 1804 que enajenaba los bienes raíces de las obras pías y las leyes de 1812 que tienden a sustraer los hospitales de la Iglesia (R.M. Meyer, 1975, p. 59). En 1820 las Cortes españolas suprimen las órdenes hospitalarias, pasando los establecimientos atendidos por ellas a los ayuntamientos.

De la independencia al porfiriato

El atraso del saber y de la práctica médica era enorme, de tal forma que todavía en 1828, en la Facultad de Medicina se enseñaban los textos de Hipócrates, Galeno y Avicena. El congreso abrió una averiguación y en 1831 fue suprimido el Tribunal de Protomedicato, responsable del retraso y "símbolo durante 201 años de las restricciones de la Colonia" (I. Chávez, 1947, p. 81). En 1833 el gobierno de Gómez Farías suprimió la antigua Universidad Pontificia y creó luego un establecimiento de Ciencias Médicas, donde se reformó la enseñanza con el establecimiento de un programa docente avanzado para la época.

Alrededor de la mitad del siglo XIX surgen médicos relevantes que realizan adelantos clínicos e incorporan los avances europeos como la antisepsia, aunque los efectos fueron limitados. En la época de la Reforma, Juárez creó la Dirección General de Beneficencia (1861) para "centralizar los servicios hospitalarios y para organizar, coordinar y sostener con distintos medios (impuestos, loterías, fondos dotales y legados), la beneficencia pública, a fin de convertirla en un servicio público dependiente del Estado" (R.M. Meyer, *op. cit.*, p. 62).

En materia de salud pública las autoridades responsables no habían hecho nada trascendente, desde que el virrey Revillagigedo dictó el primer reglamento de sanidad y organizó la limpieza de la ciudad. En 1841 se creó el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México. Pero no fue sino hasta 1879 cuando el Consejo obtiene su vida autónoma e impulsa los estudios sobre el tifo y se inicia la

redacción de un código sanitario (I. Chávez, 1947, p. 157). Durante los 28 años de gestión de Eduardo Liceaga como presidente del Consejo (1886-1914), se introdujeron las bases científicas de la salubridad, se sanearon los puertos y las ciudades, se abrieron el laboratorio de microbiología y el instituto antirrábico; en 1890, se funda el Instituto Médico Nacional, destinado al estudio de las enfermedades y las plantas medicinales del país, y en 1891 se promulgó el código sanitario, primero del continente. En 1892, se realizó en la ciudad de México el Congreso Interamericano de Salubridad; su resultado fue la fundación de la Unión Sanitaria Panamericana, "propuesta por México" (*ibid.*, p. 158). La obra del drenaje de la ciudad concluye en 1900 y en ese mismo año se funda el Instituto Patológico Nacional. En 1902 se inicia la campaña contra el mosco transmisor de la fiebre amarilla, pudiéndose anunciar tras diez años de trabajo, en 1913, "que no había ya un solo enfermo de fiebre amarilla en el país" (*ibid.*, p. 162). En 1905 se fundó el Hospital General y en 1910 el Manicomio General.

Al iniciarse el porfiriato, el Consejo Superior de Salubridad Pública estaba supeditado a la Junta Directora de Beneficencia y para comienzos del siglo pasa a depender de la Secretaría de Gobernación. A partir de esta época se inició una labor higienista acelerada, que obedecía a la necesidad de favorecer el incipiente crecimiento económico y urbano propiciado durante el porfiriato. El código sanitario, reformado en 1894 y 1902, contenía disposiciones para el control e higiene de los alimentos (especialmente la leche), la lucha antirrábica, la vigilancia de puertos y fronteras, preveía el establecimiento de cuarentenas y regulaba la introducción de sistemas de agua potable y alcantarillado. A fines del porfiriato se procuró una descentralización de las tareas sanitarias mediante consejos y juntas sanitarias dependientes de los ayuntamientos. El acceso diferencial a la atención médica se ilustra con la existencia en la capital de la república de hospitales para las colonias extranjeras española, inglesa y franco-suizo-belga.

Del triunfo revolucionario al maximato

En 1912, Francisco I. Madero declaró institución oficial a la Academia Nacional de Medicina. En 1915, se crea la Policía Sanitaria Especial para combatir el tifo. En 1916, el Dr. y Gral. José Ma. Rodríguez, presidente del Consejo Nacional de Salubridad, declara que la "independencia económica es la base de la higiene pública" y señala la necesidad de un cambio social que anule la pobreza (C. Eibenschutz, 1978, p. 27).

En este mismo año, el Ing. Alberto J. Pani publica *La higiene en México*, cuyo costo de edición fue sufragado por el gobierno constitucionalista, con el fin de "exhibir una de las menos conocidas y más nefastas y vergonzosas herencias del pasado, para que sea combatida con toda la fuerza que pueda desplegar el gobierno y la sociedad". En este libro Pani señala que el hambre debe encabezar la lista de las enfermedades sociales, "si no precisamente bajo la forma *aguda* que mata luego si el *hambre crónica*, lenta, que padece una buena parte de nuestro pueblo bajo, y que lo tiene, como es bien sabido, en un estado lastimoso de *miseria fisiológica*, una de las causas más eficientes de nuestra morbilidad y mortalidad generales".

En segundo lugar ubica a la mortalidad infantil. "En esta mortalidad horripilante —que representa *más del cuarenta por ciento de la total*— hay que reconocer, seguramente, además de las causas físicas del contagio, de la alimentación defectuosa y

de la habitación malsana, esta otra causa de carácter moral: *la ignorancia y la falta de cuidados maternales*" y señala que sólo "en la ciudad de México, las enfermedades evitables —expresión que aquí parece irónica— matan, cada año, a más de once mil quinientas personas", y, más adelante "es evidente la influencia considerable que la habitación tiene sobre el estado sanitario individual y colectivo". Cita a un Dr. Rafael Norma, para proponer "la federación de ciertos servicios sanitarios", para así elaborar la "geografía médica de las enfermedades infecciosas", y "la demografía y la estadística médicas nacionales". Termina el estudio indicando que "el problema verdadero de México consiste, pues, en higienizar física y moralmente la población y en procurar, por todos los medios, una mejoría en la precaria situación económica de nuestro proletariado" (A.J. Pani, 1916). También en 1916, Manuel Gamio postula que "no pueden determinarse las necesidades de un pueblo ni por lo tanto procurar su mejoramiento sin conocer su estadística" (M. Gamio, 1916, p. 29).

Durante el Congreso Constituyentes de 1916-1917, el diputado José M. Rodríguez habla de la "necesidad de unificar la higiene nacional para regenerar la enferma raza mexicana" (N. González, 1974), otorgándosele al Consejo de Salubridad atribuciones superiores a las de una secretaría. El nuevo Estado mexicano asumía tareas propias la sanidad y la asistencia social.

El 1 de mayo de 1917 se constituye el Departamento de Salubridad Pública. En 1920 se celebra el Primer Congreso Mexicano del Niño, y el Instituto Bacteriológico Nacional se transforma en el Instituto de Higiene. En 1921, durante el gobierno de Alvaro Obregón, un funcionario del Departamento, frente a los resultados poco satisfactorios, señala que las autoridades sanitarias si existen, nada hacen, y si hacen, nada logran (M. González N., 1974, p. 394). En efecto, las razones de la pobreza de las acciones de salud radicaban en la inexistencia de la obligatoriedad de la declaración de enfermedades infecto-contagiosas; la falta de inspectores sanitarios y de eficaces medidas de desinfección. En 1922 se crea la Oficina de Educación Higiénica, se celebra la Primera Convención Sanitaria Nacional y se funda el primer dispensario antituberculoso. Durante la gestión de Obregón se impulsó el saneamiento antimalárico, la campaña contra la fiebre amarilla, que había vuelto a surgir con caracteres endémicos y epidémicos, y la desratización de los principales puertos y ciudades fronterizas (X. de la Riva, 1960, p. 396). En este período se organizó la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, y se crearon el servicio autónomo de Higiene Infantil y la Asociación Nacional de Protección a la Infancia.

Durante el período del presidente Calles, en 1925 se funda la Escuela de Salubridad e Higiene, se promulga el nuevo reglamento de salubridad pública y se inicia la publicación del *Boletín del Departamento de Salubridad*. En 1926 se modifica el código sanitario en los siguientes renglones: federaliza la salubridad mediante la centralización de la autoridad sanitaria en el Consejo de Salubridad General y en el Departamento de Salubridad y la delimitación de las funciones estatales y locales; se impulsa la educación higiénica; se sientan las bases de la higiene industrial y se reglamenta la propaganda de mercancías que pueden dañar a la población. Se partió de la idea de que si se daba el rango de secretaría a las autoridades sanitarias se perdería el rigor científico que hasta ese momento se deseaba mantener en la higiene pública. En 1927 se realizó el primer censo de la lepra en México.

Durante 1928-1934 los estados establecieron sus propios consejos y departamentos de salubridad, lo que ocasionó constantes conflictos de jurisdicción entre autoridades sanitarias federales y locales. Para solucionar este problema, a fines del

período de Abelardo Rodríguez se decreta un nuevo código sanitario en el cual se declara de interés público la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios (N. González, 1974, p. 401). La influencia de la Fundación Rockefeller se dejó sentir durante este período, en la creación de unidades sanitarias cooperativas portuarias (1928) y en los Servicios de Higiene Rural (1930). En 1930 se establecen los Servicios Médicos Sanitarios Ejidales que en forma experimental habían iniciado sus actividades en las zonas agrícolas de Ciudad Anáhuac, Nuevo León y Zacapu, Michoacán, congruentes con la visión de "Irrigación, colonización y salubridad".

A partir de este período prospera en México una corriente sanitaria que impulsa la diseminación de las unidades sanitarias cooperativas y las municipales; los centros de higiene; que realiza estudios de la calidad del agua y de la habitación rural; que otorga prioridad a las localidades para la solución de los problemas y a la coordinación de los servicios (M.E. Bustamante, 1934); que impulsa la higiene veterinaria y la ingeniería sanitaria (J. Alvarez Amézquita *et al.*, 1960). Todo esto con el ánimo de que "cada vida salvada, cada caso de enfermedad evitado representa mayor riqueza pública, conservada en su más alto exponente: el factor humano, que es la base de todas las actividades productoras del país entero" (Rafael Silva, jefe del Departamento de Salubridad, 1930-1932, en M.E. Bustamante, 1934, *op. cit.*, p. 232).

El período de Cárdenas

Sin embargo, en 1935, "el servicio de salubridad, rutinario y burocrático, atendía únicamente la parte punitiva y fiscal y descuidaba los aspectos preventivos y educativos" (N. González Navarro, *op. cit.*, p. 401).

En el gobierno de Cárdenas, entre las principales acciones en el área de salud se contaron:

1) 1936. La creación de los servicios de higiene industrial para proteger la salud de los trabajadores y de los servicios sanitarios ejidales cooperativos. La implantación del servicio médico social de los pasantes de medicina en las zonas rurales. En este año se estableció la comisión investigadora de la situación de la mujer y de los niños trabajadores.

2) 1937. La creación de la Secretaría de Asistencia el 31 de diciembre de 1937, por la fusión de las antiguas beneficencias pública y privada del Distrito Federal y el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil. Se planteó el control de alimentos y bebidas (se prohibió transitoriamente el expendio de bebidas alcohólicas en zonas ejidales) y la lucha contra enfermedades transmisibles como la oncocercosis, la sífilis, el paludismo, la tuberculosis, la lepra y otras parasitosis. Y se constituyó la Comisión Nacional de la Habitación, dependiente del Departamento de Salubridad.

3) 1938. La creación e impulso de la Oficina General de Higiene Social y Medicina Ejidal que declaraba en ese año beneficiar a 750 000 campesinos, otorgándoles atención médico-quirúrgica inclusive. El sistema de los servicios coordinados de salud pública se reorganizó y extendió en todas las entidades federativas. Se celebra el segundo Congreso Nacional de Higiene Rural.

4) 1939. La creación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, con la colaboración de la Fundación Rockefeller, que apoya la lucha antipalúdica por estar interesada en la explotación de las zonas tropicales.

Entre otras acciones y programas cabe destacar: la creación en 1938 de la Escuela de Medicina Rural bajo la inspiración de Miguel Othón de Mendizábal, el apoyo al

Laboratorio de Industria Farmacéutica Nacional, el impulso a la lucha contra la tuberculosis, la atención a los leprosos y la celebración de congresos de medicina del trabajo y de habitación obrera.

El cumplimiento del plan sexenal en materia de salud llevó a Cárdenas a triplicar el presupuesto de salud en el primer año, y a gastar en el período 80 millones de pesos, esto es, aproximadamente un dólar por persona (M. González Navarro, 1974). En 1926 se había destinado a la salud el 1.9% del presupuesto federal y en 1933 el 3%. El primer Plan Sexenal propuso un incremento en el presupuesto de salud, que alcanzase en 1934 el 3.4; en 1935, el 3.9; en 1936, el 4.2; en 1937, el 4.6; en 1938 el 5.0 y en 1939, el 5.5%. Sin embargo, en 1940 el presupuesto ejercido en salud excedió al previsto y constituyó el 6.4% del presupuesto federal (L. Solís, 1975, pp. 18 y 116).

Cárdenas reitera en sus informes presidenciales de los años 1935, 1936 y 1937, que someterá a consideración del Congreso el proyecto de Ley del Seguro Social. En 1938 señaló que se enviaría a las cámaras un proyecto ya formulado que establecería "el seguro para los riesgos más frecuentes en nuestras clases trabajadoras o económicamente débiles, como son los de enfermedad y riesgos profesionales, invalidez, vejez, maternidad y desocupación involuntaria, trazando un sistema razonable en la distribución de las cuotas y fijando también un régimen democrático y expedito para el funcionamiento de la institución del Seguro Social, a cuyo cargo estará la vigilancia de este importante servicio de utilidad pública". En 1940, Cárdenas, en su último informe, indica que la iniciativa de ley fue sometida a la consideración de las cámaras. En realidad, ningún proyecto de éstos prosperó, ya que el único discutido y aprobado en el Consejo de Ministros, que en diciembre de 1938 fue turnado a las cámaras, se le congeló por el conflicto suscitado por la expropiación del petróleo (F. Zertuche *et al.*, 1980, p. 27).

Período 1940-1969

La segunda guerra mundial favoreció en México un intenso desarrollo industrial. La política estatal en materia de salud cambia de orientación: recobran importancia las acciones diferenciadoras y los servicios se ofrecen sólo a ciertos grupos sociales, los directamente vinculados al proceso industrial.

La medicina sigue las pautas de la experiencia norteamericana: en el primer lustro de los cuarenta se iniciaron las residencias médicas siguiendo el esquema flexneriano (modelo de formación médica puesto en práctica a partir del informe elaborado por Flexner en 1911 con el patrocinio de la fundación Carnegie) que tiene por propósito principal la formación de subespecialistas, cuyo destino es el hospital sofisticado y que perciben a los pacientes fragmentados en órganos y sistemas, por haber sido educados bajo el paradigma biológico-individualista-curativo que ha dominado la práctica médica occidental desde principios de siglo; en 1943 se funda el Hospital Infantil de México, organizado según el modelo norteamericano; y en ese mismo año se funden la Secretaría de la Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad en la Secretaría de Salubridad y Asistencia con lo que se obtiene mayor coordinación entre las labores asistenciales y sanitarias; se crea la Lotería Nacional para la Asistencia Pública. En 1944 se inaugura el Instituto Nacional de Cardiología y en 1946 el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Se recobraba la tradición hospitalaria de la Colonia, relegando los aspectos embrionarios de servicios no personales y de consulta externa que durante el cardenismo se habían extendido en el campo y en las ciudades.

Durante el período de Manuel Avila Camacho (1940-1946) se reforma la Ley Federal del Trabajo con el fin de reglamentar el derecho de huelga. En 1941 se crea la Secretaría de Trabajo y Previsión Social sobre la base del antiguo Departamento del Trabajo. En 1942, se crea el Seguro Social. La vieja demanda obrera de la previsión social que en diversas entidades y en diferentes momentos había cristalizado en disposiciones legales (Ley de Cándido Aguilar en Veracruz, 1914; Ley del Trabajo de Salvador Alvarado en Yucatán, 1915, etc.), al fin alcanzaba una dimensión nacional y homogénea. La larga cadena de propuestas partidarias y de proyectos de ley que en materia de seguro social obligatorio precedía a la aprobada en 1942 bajo las circunstancias descritas, muestra las contradicciones y luchas dentro y fuera del aparato estatal (F. Zertuche *et al.*, pp. 17-30; H. Hernández, 1982, pp. 9-34).

Numerosos problemas se presentaron en la aplicación del sistema de la seguridad social. "Con el Seguro Social las diversas organizaciones que participaban en el Consejo Obrero pasaron momentos difíciles, pues casi llegó a constituir causa de disidencia en sus filas" (L. Medina, p. 321). La Ley del Seguro Social aprobada en diciembre de 1942 se enfrentó a "la falta de presupuesto y a consideraciones de índole política" (*ibid.*). Paso previo para su instalación era el cobro de cuotas a obreros y patrones. "Al cobro de cuotas no sólo se opusieron los patrones, que de inmediato alegaron la incapacidad legal del Seguro Social para hacerlo" (*ibid.*) sino también los obreros. La oposición patronal acabó al reformarse la Ley del Seguro Social dándole carácter fiscal a las cuotas y facultando a las autoridades hacendarias para cobrarlas. En 1944, el IMSS pudo iniciar sus funciones. El monto relativo del gasto federal para salud disminuyó respecto al alcanzado en el período cardenista, de 6.4% del presupuesto en 1940, a 4.9% en 1945 (L. Solís, 1975, p. 132).

Todavía en 1947, Miguel Othón de Mendizábal escribe que "La mortalidad infantil o prematura, ocasionada por enfermedades endémicas o epidémicas infecto-contagiosas, que se pueden reducir. . . nos hacen pensar en que también los mexicanos *podemos aspirar a no morir en plena juventud* (el promedio de la vida en México es de treinta años) y, sobre todo, *a que nuestros hijos no mueran en la cuna*" (cursivas en el original, Mendizábal, p. 526).

A partir de 1940, las tendencias generales de los servicios de salud fueron:

1) El crecimiento acelerado de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social.

2) La extensión de una red hospitalaria de la SSA que finalmente quedó inconclusa.

3) Las campañas de inmunización fueron privilegiadas sobre el resto de las medidas de la medicina preventiva.

4) La persistencia de introducir servicios médicos al campo, mediante programas diversos. De esta forma la atención a la salud se volvió casi exclusivamente curativa por medio de servicios médicos prestados en hospitales. Con excepción de las campañas de inmunización, no se recurrió al resto de recursos preventivos. Los servicios no personales fueron prácticamente ignorados en las políticas de salud a excepción de la campaña contra el paludismo; de las erradicaciones de la viruela (1952) y del vector de la fiebre amarilla urbana (1962), y de la yodatación de la sal (1963).

En 1959, la Dirección General de Pensiones Civiles se transforma en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En 1960 se creó el Instituto de Rehabilitación. En 1961 se promulga la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas y se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI).

En 1965, con el fin de establecer mecanismos interinstitucionales de coordinación, se crea la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública y Seguridad Social, formada por la SSA, el IMSS y el ISSSTE, cuyos objetivos eran:

a) Disponer de mecanismos de planeación y programación nacionales.
b) Evitar duplicación de servicios con el consiguiente aumento del costo global de la atención médica.
c) Lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos.
d) Aumentar la capacidad de los servicios y ampliar la cobertura a la población que carece de servicios de atención a la salud.

Esta comisión "encontró graves limitaciones, en gran parte por falta de políticas y programas comunes" (Gabinete del Sector Salud, *Boletín Informativo 1*, 1979, p. 18); su decreto de constitución fue derogado apenas en 1979. En 1968 se crea el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN).

Período 1970-1982

En 1971 se expidió la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental y en enero de 1972 se creó la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente, dependiente de la SSA.

En 1973 se expide un nuevo código sanitario que otorga apoyo legal a las acciones de higiene ocupacional, saneamiento ambiental, formación de recursos humanos para la salud y propone que algunas tareas sean desempeñadas por médicos sanitaristas de carrera. También mantiene la función rectora de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en materia de salud, supeditada únicamente al Consejo de Salubridad General y al Presidente de la República.

En el mismo año, por iniciativa presidencial se celebra la I Convención Nacional de Salud con el fin de fundamentar un plan de salud para el país. En 1974, se publica el Plan Nacional de Salud de 1974-1976, 1977-1983, que define 18 políticas y 5 objetivos, establece metas para el período 1974-1976 y proyecta otras para 1983. Incluye un listado de actividades y estrategias, 20 programas y 56 subprogramas. Entre las propuestas más relevantes están: una red federal de hospitales de la SSA; el desarrollo de un plan nacional de alimentación; un fondo nacional de alimentos, y un programa nacional de tratamiento de aguas.

Aun cuando el Plan Nacional de Salud es en realidad un bosquejo general y poco operativo de las políticas de salud, que tampoco contempla medidas administrativas que garanticen el cumplimiento de las metas y objetivos, fue desechado pero no se le sustituyó con algún modelo rector de los servicios de salud en el país.

En 1976, un grupo de investigadores reunidos en un comité del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) señalaban: "El nivel de ingresos insuficientes —y su correlato: la desnutrición—, la falta de agua potable y de instalaciones higiénicas, el fecalismo y la marginalidad cultural son las causas reales más importantes de morbilidad y mortalidad en México (Conacyt, 1976a, p. 64). En junio de 1976, se establece, por decreto, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM); y a finales de ese mismo año, en el Plan Nacional Indicativo de Ciencia y Tecnología se señalaba que "la característica más destacada del desarrollo institucional en medicina y salud ha sido la concentración de las prestaciones y recursos en la atención de los sectores urbanos medios y altos y la desprotección de una gran parte de la población rural" y que "el problema básico de la salud en México tiene

sus raíces en la pobreza y la desnutrición, en las condiciones insalubres del medio y de la vivienda, y en el analfabetismo y la ignorancia" (Conacyt, 1976b, p. 157).

En 1977 se fusionan el INPI y el IMAN en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), y se crea en la SSA una Subsecretaría de Planeación que desaparecerá en 1980. También en ese año se creó el Patronato de Promotores Voluntarios como organismo público descentralizado. En 1978 se formó la Comisión Intersectorial de Saneamiento Ambiental, cuyo objetivo consiste en planear y conducir las políticas de saneamiento ambiental, de investigación, estudio, prevención y control de la conservación del equilibrio ecológico y de la restauración y mejoramiento del ambiente. En ese mismo año se creó el organismo público descentralizado Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública y el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia (1975) se convierte en el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental.

Otra acción la constituye el establecimiento en 1978 y con carácter obligatorio, de la Cartilla Nacional de Vacunación, que se expide gratuitamente en las oficinas del registro civil, junto con el acta de nacimiento de los menores. Con esta medida se conocerán las cifras reales de menores vacunados, se anticipará la demanda y se evitará el desperdicio de productos biológicos. En 1980 se creó un órgano administrativo descentralizado, denominado Sistema Cartilla Nacional de Vacunación.

En 1979 se fundan el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el de la Senectud. En 1981 se creó el Comité Mixto Consultivo de Publicidad de Alimentos, Bebidas y Medicamentos; el Consejo Nacional Antialcóholico, y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; se decretó la fluoruración de la sal y se expidió la Ley Federal de Protección al Ambiente.

Se creó la Coordinación Nacional de Planificación Familiar con el fin de unificar las instituciones involucradas en la elaboración y puesta en práctica del Programa Nacional de Planificación Familiar: SSA, IMSS, ISSSTE, DIF. Las metas de este Programa, aprobadas en octubre de 1977, consisten en reducir la tasa de crecimiento de la población al 2.5% anual para 1982 y alcanzar una cobertura de los servicios de planificación familiar de 20.2% en ese mismo año, lo que supone incorporar a este plan alrededor de 8.6 millones de mujeres en edad fértil. El Plan incluye un programa rural, investigación biomédica e investigación social. Este plan ha sido uno de los mejor organizados y ejecutados hasta la fecha.

1. *Iniciativas recientes para extender la atención de la salud.* Los programas de solidaridad social para incorporar determinada población campesina al IMSS bajo un esquema de medicina simplificada estuvo entre los intentos emprendidos desde la década de los sesenta para ampliar los servicios médicos a la población rural. Posteriormente la extensión de la cobertura a las poblaciones marginadas no pudo ser lograda por el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR), ambos de la SSA e iniciados en 1977.

El PEC pretendía atender en cinco años 13 666 localidades mediante auxiliares de salud comunitaria, la SSA comenzó a preparar mujeres de las comunidades entre 500 y 2 500 personas. El adiestramiento fue por un período de dos meses. Se les proveyó de un maletín para curaciones y de un botiquín con un cuadro básico de menos de 20 medicamentos que ellas mismas prescribían. Se les remuneraba con un sueldo mensual de 500 pesos pagados indirectamente a través de los comités de salud de las localidades.

El Programa Comunitario Rural tuvo su origen en los planteamientos del Programa Nacional de Planificación Familiar y estaba coordinado por la Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil y Planificación Familiar de la SSA. El esquema básico de este programa fue el adiestramiento de auxiliares comunitarias de planificación familiar, coordinadas en forma modular por una enfermera entrenada especialmente. Posteriormente, la SSA integró estos dos programas en el Programa de Salud Rural (PSR).

En mayo de 1979 se firmó un convenio entre el IMSS y Coplamar para establecer y operar 2 000 unidades médicas rurales en regiones desatendidas, a través de un programa denominado Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. El IMSS contaba hasta diciembre de 1978 con 30 clínicas hospitales de campo y 310 unidades médicas rurales que prestaban servicios de solidaridad social y "cuyos beneficiarios mediante la realización de trabajos en beneficio de las colectividades . . .tienen derecho a la asistencia médica y farmacéutica, así como quirúrgica y hospitalaria". Sin embargo, el compromiso de aportar trabajos de beneficio para la comunidad no había sido plenamente cumplido, por lo que el IMSS decidió coordinarse con Coplamar para ampliar la cobertura de los servicios de solidaridad social y consolidar un sistema de cooperación comunitaria hasta alcanzar 10 millones de habitantes como sujetos de solidaridad social.

Inicialmente se planeaba construir 1 690 unidades médicas en 1979-1980, que sumadas a las 310 ya existentes entonces, daba un total de 2 000 unidades médicas. En cuanto a las clínicas-hospital de campo para 1980-1981 se edificarían 22, que sumadas a las existentes totalizarían 52 (Convenio IMSS-Coplamar para el establecimiento de servicios de salud en el medio rural, 1979, pp. 1-7).

A fines de 1980 estaban en operación 2 104 unidades médicas y 41 clínicas-hospital de campo. Se declaraba cubrir a una población de 14 millones en diciembre de ese año, a la que se le había proporcionado por cada 100 solidariohabientes 32.5 consultas; 0.07 intervenciones quirúrgicas, y 0.3 egresos hospitalarios.

Aun cuando ahora cuenta con ciertos servicios de atención a la salud una numerosa población que antes no los tenía a su alcance y que el programa ha cumplido y superado las metas de construcción de unidades médicas, deberá disponer en el futuro de una mayor capacidad en el segundo nivel de atención y aumentar el número de partos atendidos.

En 1981, la SSA "se propuso elaborar y desarrollar un sistema de servicios de salud, en el cual las prestaciones de este tipo deben ser accesibles a toda la comunidad, sin excepciones y en forma continua e integral desde la gestación hasta la muerte". El objetivo fundamental es "controlar el estado de salud", durante 1981, de 4 548 000 habitantes distribuidos en el Distrito Federal y su área metropolitana, Guadalajara, Monterrey y León. En 1982 se pretende extender la cobertura a 50 ciudades que tengan una población superior a 100 000 habitantes. En 1981 se habían construido 261 centros de salud comunitarios, y se preveía la edificación de 3 hospitales de 132 camas cada uno (José López Portillo, *Quinto informe de gobierno. Anexo sector salud y seguridad*, 1981).

2. *Instancias para la coordinación y planeación de los servicios de salud.* Los esfuerzos por coordinar a las instituciones y organismos oficiales que prestan servicios de salud han continuado. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (1977) otorga a la SSA competencia para normar en aspectos de salud pública, que

comprenden a las instituciones de salud del sector público y a las privadas, pero sin efecto para regular la planeación y el presupuesto. La SSA, en su calidad de cabeza de sector administrativo, coordina sólo las acciones de ocho instituciones descentralizadas de alta especialización médica, ubicadas en la ciudad de México (Gabinete del Sector Salud, *op. cit.*, p. 18).

Otra instancia de coordinación son los Grupos Interinstitucionales de Programación y Presupuesto Sectorial (GIPPS); el Grupo de Sector Salud y Seguridad Social está constituido por la SSA, el IMSS, el ISSSTE, el DIF y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), dividido en dos subsectores: el de salud y el de seguridad social. Dentro de este grupo fue elaborado el Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social (1978-1982). Sin embargo, el GIPPS y sus comités carecen de la formalidad jurídico-administrativa requerida para identificarse y actuar como mecanismos de coordinación sectorial (*ibid.*, p. 18).

Además, se han establecido mecanismos específicos de coordinación para el Programa Nacional de Planificación Familiar, el de vacunación para el control de las enfermedades transmisibles, el de definición de un cuadro básico de medicamentos para entidades del sector público y el de selección de residentes de especialidades médicas.

El Programa de Acción del Sector Público 1978-1982 (1978) establece para el área de salud que el eje central de las políticas es la coordinación de programas y acciones de: SSA, IMSS, ISSTE y DIF y en el área de salud y seguridad social propone 17 objetivos y define ciertas metas específicas. Algunas de ellas resultan temerarias como la de abatir la mortalidad infantil para 1982 a una tasa de 24 defunciones (por 1 000 nacidos vivos registrados) cuando todavía para 1975 fue de 49; igualmente, carecen de racionalidad las metas que pretenden erradicar en 1982 la tosferina, el tétanos, el sarampión, la difteria, la poliomielitis y la rabia.

El Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1978-1982 (1979) establece lineamientos, objetivos y acciones programáticas subsecuentes para coordinar las acciones en esta área. Contiene orientaciones generales, pero no constituye una elaboración suficientemente desagregada y operativa. Más que un programa es un esquema limitado a la jerarquización de prioridades en cuanto a metas y a la coordinación de actividades.

Los logros han sido insuficientes y persisten las necesidades de coordinación sectorial. Con estas premisas se planteó el establecimiento de un Gabinete del Sector Salud que proporcione, "mediante un mecanismo de alto nivel de decisión, la capacidad para elaborar un plan nacional del sector salud, definir políticas de desarrollo en el sector, proponer gasto e inversiones. . ., marcar prioridades y proponer medios y mecanismos para la subrogación de servicios y convenios tendientes a la mejor utilización de los recursos" (Gabinete del Sector Salud, *op. cit.*, p. 19).

Así, el 30 de noviembre de 1978, se creó el Gabinete del Sector Salud como instancia presidencial de coordinación y acuerdo de las políticas y programas de los servicios de salud pública cuya responsabilidad compete al sector público, integrado por los titulares de SSA, SPP, DDF, IMSS, ISSSTE, ISSFAM y DIF. El Gabinete se instaló el 14 de marzo de 1979 y su objetivo es lograr la congruencia, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

Las comisiones del Gabinete del Sector Salud, creadas por el Ejecutivo Federal en marzo de 1979 son:

a) Estructura y formulación del plan nacional del sector salud.
b) Sistema nacional de información en el sector salud.

c) Subrogación interinstitucional.
d) Inversiones y gasto corriente.

El 15 de abril de 1979 la Secretaría de Programación y Presupuesto dio a conocer el Plan Global de Desarrollo 1980-1982 (PGD) que incluye entre sus 4 objetivos nacionales, el de "Proveer a la población empleo y mínimos de bienestar, atendiendo con prioridad las necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda". La estrategia del Plan representa un conjunto de acciones articuladas que se requieren para alcanzar los cuatro objetivos globales. Veintidós políticas básicas integran la estrategia. Entre éstas cabe destacar la que busca destinar mayores recursos para la provisión de mínimos de bienestar.

En política de gasto, el PGD señala que el incremento del gasto total presupuestal del sector salud será del 9% real anual en el trienio 1980-1982.

El PGD indica en el capítulo de política social que la política de salud y seguridad social se aboque a ampliar la cobertura a las zonas marginadas rurales y urbanas, a consolidar los avances logrados en la esperanza de vida y a preservar y mejorar la calidad del ambiente.

El PGD señala que "el proceso de planeación en México no se inicia ni se agota con la elaboración del presente Plan. Esta no es la etapa final sino un paso intermedio de una tarea ardua y compleja que requiere el concurso activo de toda la comunidad".

El 25 de agosto de 1981 se instaló la Coordinación de los Servicios de Salud Pública, adscrita a la Presidencia de la República, como unidad de asesoría y apoyo técnico del Ejecutivo Federal y que propondrá a éste las bases que permitan establecer un sistema nacional de salud.

TIPOLOGIA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La formación social mexicana es heterogénea. En razón de esta diversidad, existen en el país distintas formas de acceso a los servicios y bienes que satisfacen las necesidades esenciales. Así, en materia de salud se pueden distinguir cuatro tipos o formas generales de acceso a los servicios: a) *Autoproducción*, en la cual el o los individuos producen y utilizan directamente el servicio sin la intermediación del mercado;[1] b) *Tipo mercantil*, en el cual los satisfactores se adquieren en el mercado; c) *Transferencias institucionales públicas*, en las cuales el usuario o consumidor adquiere los bienes o servicios en una institución pública con diversas modalidades de pago; d) *Transferencias institucionales privadas*, con formas de pago diferentes de la transacción mercantil.

Esta clasificación se basa en la forma o modalidad de pago y si éste cubre total o parcialmente el costo del servicio. Así, en el caso de la autoproducción no existe, por definición, pago alguno por el servicio. En el tipo mercantil la forma de pago se ajusta a las normas del mercado; existen varios subtipos de esta modalidad, según el grado de regulación de la ganancia. Las transferencias institucionales públicas se subclasifican de acuerdo con la presencia o ausencia de pago y, en el primer caso, si el pago tiene forma de cuota fija que da derecho al servicio o de pago específico por

[1] La tipología aquí presentada se refiere al servicio exclusivamente. Será útil complementarla con una tipología de acceso a los recursos terapéuticos.

servicio recibido. En todos los casos, sin embargo, el pago realizado es menor al costo del servicio. Las transferencias privadas se han clasificado según su origen jurídico en transferencias privadas por derecho, transferencias privadas por contrato de trabajo y transferencias de beneficencia (cuadros 4.1 a 4.4).

La población puede acceder a los servicios de salud mediante uno o varios tipos, e incluso diversos subtipos de acceso, de tal forma que éstos no resultan excluyentes.

Servicios no personales

El fundamento jurídico-administrativo para la prestación de los servicios no personales a la población se encuentra en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal relativo a los asuntos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia debe despachar, especificándose en las siguientes fracciones las tareas a cumplir: VI. Planear y conducir la política de saneamiento ambiental; IX. Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República; y que se ha reglamentado en cuanto a cementerios, inhumaciones, exhumaciones, lavanderías, potabilidad del agua, establos, salones de espectáculos, templos y otros centros de reunión, baños públicos, peluquerías y salones de peinados, ingeniería sanitaria relativa a edificios, obras de provisión de agua potable y otros rubros o aspectos; X. Dirigir la policía sanitaria general de la República con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana; XI. Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras; XII, XIII y XV. Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles, bebidas, productos biológicos, drogas y productos medicinales; XIV. Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana; XVI. Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afectan la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad; XVII. Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo; XX. Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los gobiernos de los estados y el Distrito Federal; XXI. Realizar la vigilancia sobre el cumplimiento del código sanitario y de sus reglamentos.

Se puede apreciar que por ley le corresponde a la SSA prestar a toda la población los servicios no personales en lo que se refiere al control y regulación de la contaminación, del agua potable, alimentos y bebidas, drogas y medicamentos, sitios de reunión y fauna nociva.

Si bien está expresada en forma tradicional (en lo relativo a la policía sanitaria general y especial que es el antecedente histórico de los sistemas de inteligencia epidemiológica), todavía no se ha establecido un sistema nacional de vigilancia epidemiológica y nutricional.

El código sanitario vigente determina que "es materia de salubridad general: I. La promoción de la salud física y mental de la población; II. El mejoramiento de la nutrición y de la higiene, incluyendo la ocupacional; III. El saneamiento del ambiente; IV. La prevención y control de enfermedades y accidentes que afecten la salud pública; IX. El control sanitario de alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, tabaco, medicamentos, plaguicidas, fertilizantes, productos de